

XXXVII.

Bücher-Anzeigen.

1. **Dr. Ernst Ödmannson**, Syfilitisk Kasuistik. Nordiskt Medicinskt Arkiv. Bd. I. Nr. 18.

Die 100 Seiten starke Abhandlung des Schwedischen Autors beschäftigt sich nicht allein, wie man es nach dem Titel erwarten sollte, mit der Aufzählung seltener Fälle von Syphilis, sondern widmet denselben eine eingehende kritische Untersuchung auf anatomischer Basis.

1. 9 Fälle von syphilitischer Hirnaffection. Voran geschickt finden wir eine Mittheilung über die einschlagende Literatur, der wir nur das entnehmen, was in Skandinavien erschienen ist, also Vielen unbekannt sein dürfte. So sind Syphilome im Thalam. opt. und dem Pons Varoli, beobachtet von Engelsted (Konstitutionel Syphilis, Kjöbenhavn 1859, pag. 172), 2 Fälle von mehr circumscripter als diffuser Pachymeningitis bei Neugeborenen auf syphil. Grundlage beobachtet von Howitz (Behr. Syphilidologie. 1862 p. 602).

In beiden Fällen fand sich eine entzündliche Verdickung und Verklebung der Dura und Pia und Ablagerung eines eiterartigen, in dem letzten Fall käsigen, Exsudats. — Was die von manchen anderen Beobachtern erwähnte Form der Erweichung angeht, so hat auch hierüber der später näher zu erwähnende Steenberg (den syphilitiske Hjernelidelse, Kjöbenhavn 1860) insofern eine besondere Ansicht, als er sie für die constante Unterlage seines sogen. „syphilitischen Hirnleidens“ hält und ihre Entstehung auf dem Wege einer Veränderung der feinsten Gefäße, collateraler Fluxion und capillärer Apoplexie erklärt. Der Beweis hierfür, der Nachweis der anatomischen Veränderung der Gefäße, ist noch nicht geliefert. Ebenso wenig sind die Befunde der Ansicht Zambaco's günstig, welcher die Erweichung aus der Resorption von Syphilomen herleiten wollte; es kommen Erweichungsheerde in frühen Stadien vor, ohne Spur von gleichzeitigen Gummata. Ueberhaupt ist für die Diagnose zwischen syphilitischer und primärer Encephalitis eine Reihe von mikroskopischen Untersuchungen sowohl der Heerde als der feinsten Gefäße erforderlich, die den bis jetzt publicirten Fällen fehlen. Auch Lanceraux's Angaben sind nicht hinreichend. Endlich hat Steenberg (l. c. pag. 13) auch

die von Dittrich u. A. beobachtete Veränderung grösserer Gefässe gesehen und führt dieselbe als häufige Ursache für Veränderungen in der Hirnsubstanz an. In fünf Fällen fand er die Arterienwände mehr oder minder hart, verdickt und atheromatös, einmal traf er ein Aneurysma der Carot. int. dextra, in allen Fällen bis auf einen fand er eine mehr oder weniger bedeutende Hirnerweichung, zwei Mal Thromben in dem veränderten Gefässabschnitt. Den Causalnexus zwischen Thrombose und Erweichung giebt er nur in den Fällen zu, wo beide bestehen, und wo das Alter beider in richtigem Verhalten sich befindet. Ein wichtiges Moment zur Bestimmung der Ursache ist oft das Alter der Patienten, da unter gewöhnlichen Verhältnissen sich derartige Veränderungen der Gefässe selten in den jüngeren Jahren einstellen, in denen Syphilis häufiger ist.

In Bezug auf die Diagnose der mannigfachen Störungen der Hirn- und Nerventhäufigkeit, welche überhaupt durch Syphilis odér eine andere Grundursache bedingt sein können, stützt er sich oft auf die von den meisten Autoren anerkannten Punkte; a. die Gegenwart sicherer Beweise, dass der Körper unter dem Einfluss syphilitischen Giftes steht, wobei aber der Erfahrungsgrundsatz nicht ausser Acht zu lassen ist, dass von den auf solche Weise veranlassten Veränderungen des Hirns einige niemals, andere selten vor einem gewissen Stadium der Syphilis auftreten. b. bestimmte oder anamnestische Zeichen einer vorhergegangenen Syphilis, erstere von grösserer Bedeutung, wenn sie auf tertäres Leiden hinweisen, beide um so wichtiger je näher ihr Erscheinen an das Auftreten des Hirnleidens heranrückt. Ausnahmen sind hier zugegeben. c. das Alter des Kranken; so tritt ein apoplectiformer Anfall aus anderer Ursache selten vor dem 30. Jahr auf, ein epileptiformer dagegen meist vor dieser Zeit. d. Iuvantia.

Steenberg hat besonders, wie oben angedeutet, versucht alle die verschiedenen Symptome eines syphilitischen Leidens des Hirns und seiner Hämpe zu einem Krankheitsbilde zusammenzufügen. Nach ihm tritt das „syphilitische Hirnleiden“ entweder in Form einer centripetalen, an der Peripherie beginnenden Parese auf, der Zeichen centralen Leidens folgen und deren Endstadium durch eine apoplexieartige Störung aller Körper- und Geisteskräfte bezeichnet wird, oder das letztere Stadium kommt allein zur Erscheinung. Er sieht das von ihm aufgestellte Bild des syphilitischen Hirnleidens für völlig identisch an mit dem der Dementia paralytica, „weder Symptome noch anatomische Befunde legen der angenommenen Identität dieser beiden Zustände Etwas in den Weg“. Zu den beschriebenen gewöhnlichen Formen kommen nach Steenberg noch epileptiforme Anfälle (oft als alleinige Aeusserungen), ja sogar Katalepsie und Chorea.

Gegen diese Vereinigung so vieler ungleichartiger Erscheinungen in den Rahmen einiger Krankheitsbilder spricht sich Verfasser entschieden aus. Manche Symptomenreihen lassen sich seinem „syphilitischen Hirnleiden“ gar nicht unterordnen, auch rechnet er einige Fälle ein, in welchen kein bestimmtes Zeichen einer Affection des Hirns gefunden worden und endlich fehlen in den von ihm angeführten Fällen eigentlich typische, deren drei Stadien zu erkennen wären. Diesem Zusammenstellen des Verschiedenartigen gegenüber glaubt Verfasser, dass es für die Kenntniss der verschiedenen syphilitischen Hirnaffectionen viel vortheilhafter wäre, die Symptome einzeln zu studiren,

und zu versuchen, sie von denen zu trennen, die auf anderen Ursachen beruhen können.

Bezüglich der von Einigen ausgesprochenen Ansicht, dass die Dementia paralytica immer auf Syphilis beruhe (bestimmt dafür redet: Kjellberg, Upsala Läkareföreningens Förhandl. 1868, pag. 343, und 1869 pag. 266, während Sandberg in einem Vortrage: i Brattsberg Amts Loegeforening Sept. 1867 sich für Syphilis als die häufigste Ursache erklärt, 2 Fälle sind von Westphal, 3 von Zambaco), stellt Verfasser die Forderung, dass zur Entscheidung zwei Punkte anerkannt werden: 1. Die Nothwendigkeit einer grösseren Reihe von gut beobachteten Fällen von Dementia paralytica, wo nach vorausgegangener Syphilis sich alle Formen dieser Geistesstörung und zugleich die derselben angehörenden anatomischen Veränderungen vorfinden. 2. Der Nachweis vorausgegangener Syphilis in der Mehrzahl der Fälle von Dementia paralytica. Eine symptomatische Incongruität zwischen wahrscheinlich auf syphilitischer Basis entstandenen Fällen von Dem. paral. und den übrigen hat schon Westphal beobachtet, der in seinem ersten Fall die Gegenwart einer anhaltenden und vollständigen Lähmung gewisser Hirnnerven als der eigentlichen allgemeinen Paralyse fremd bezeichnet. Vielleicht kann auch die von Kjellberg, in Uebereinstimmung mit seiner Ansicht vom Wesen der Krankheit eingeführte Methode alle an paralytischem Blödsinn Leidenden einer Mercurialbehandlung zu unterwerfen, etwas zur Entscheidung der Frage beitragen. Dem Verfasser hat in der letzten Zeit das betreffende Material der Irrenanstalt Konradsberg zur Verfügung gestanden, doch hat er unter den acht an Dementia paralytica Gestorbenen in keinem Fall Spuren vorangegangener Syphilis entdeckt, obgleich seine Aufmerksamkeit diesem Gegenstand besonders galt. Nur in einem Hirn fand er einen Erweichungsheerd.

Im Allgemeinen wird das Hirn erst in einem späteren Stadium des Allgemein-Leidens ergriffen. Doch giebt es einige Ausnahmen von dieser Regel, auch in der nordischen Literatur, so unter den von Gjör, sowie den von Steenberg berichteten Fällen. Die Ansichten der Autoren sind aber nicht ganz übereinstimmend in der Frage, was zu den eigentlich syphilitischen Hirnsymptomen zu rechnen sei. Verfasser neigt sich zu der der französischen Autoren, welche die ganz frühen, im Verlauf von einfachen Hautsyphiliden verlaufenden Nervenstörungen noch nicht durch eine materielle Veränderung des Hirns erklären, und führt eine Krankengeschichte aus eigener Beobachtung an, in welcher an einer Frau mit diphtherit. Geschwür an einem Labium, nach dem Auftreten von Drüsenanenschwellungen und Roseola noch vor dem Ablauf des zweiten Monats eine erst einfache, dann doppelte Facialisparalyse begann, die auf der einen Seite mit Taubheit des Ohres und im Allgemeinen mit bedeutender Hyperästhesie der Haut verbunden war. Durch 38 Einreibungen ward Patientin in ca. 3 Monaten vom Beginn des Leidens hergestellt. Die Zahl der hier ergriffenen Nerven, das Ueberspringen der Affection von einer Seite auf die andere, sowie die rasch erfolgte Besserung im Verein mit dem frühen Stadium der Syphilis verbieten die Annahme einer Veränderung in dem Periost oder den Nerven selbst. Da auch keine Anämie oder Chlorose existirte, so muss die Affection als rein functionell angesehen werden. Solche Zustände, die zugleich mit den ersten Hauteruptionen auf-

treten, pflegen sich übrigens auch ohne eingreifende Merkuralbehandlung zu bessern.

Es folgen drei Fälle von besonders früher Entwicklung der Hirnsymptome, mit Sectionsberichten. Fall 1 und 2 gleichen einander in den wesentlichsten Punkten sehr. Beide Patienten waren jung, unter 30, von ursprünglich schwacher Constitution, die unter dem Einfluss der Syphilis bald in Marasmus überging. Leichte temporäre Quecksilberbehandlung. Es stellte sich heftiges Kopfweh ein, in einem Fall nächtliches, welches in dem einen Fall 2—3, im anderen 5 Wochen dauerte und dann (circa 3 Monate nach der ersten Hauteruption und gleichzeitig mit einem Recidiv derselben) in eine Hemiplegie überging, ohne gleichzeitigen Verlust des Bewusstseins. Dann trat eine tiefe Störung der Intelligenz hinzu, Contracturen zeigten sich, die Parese ging in einem Fall gar auf die zweite Körperhälfte über — in diesem bestand von früh an Fieberbewegung, und es zeigten sich vor dem Auftreten der Contracturen Convulsionen, in beiden stellte sich kurz vor dem Tode eine höchst bedeutende Temperaturerhöhung ein. Bei der Obdunction fand sich Thrombose der Carotiden und mehrerer Hirnarterien ohne irgend nachweisbare Veränderung der Gefässwand. Die Thromben hatten hier und da, im Verhältniss zu ihrem Alter, Verbindungen mit der Gefässwand von grösserer oder geringerer Stärke. Eine Erweichung der den thrombosirten Gefässabschnitten entsprechenden weissen Hirnparthien bestand in beiden Fällen, ausserdem im ersten Fall eine völlige Erweichung des rechten Corpus striat., die sich bis in die ebenfalls verfärbte und veränderte Corticalsubstanz fortsetzte, sowie im linken ein haselnussgrosser Heerd, ferner im zweiten Fall in den vorderen Parthien beider Corpp. striata ein etwas grösserer Fleck, der durch seine intensiv rothe Farbe etwas von der Umgebung abstach und von weicherer Consistenz war. Auch hier bestanden einzelne symmetrische Heerde in der Rindenschicht. Verfasser führt des Weiteren aus, weshalb in diesen Fällen die Erweichungen auf Rechnung der Thromben kommen, sei es durch directe Nekrose oder Reizung und entzündliche Processe. Doch ist das Zustandekommen der Gerinnungen unter Einfluss der Syphilis nicht klar, weder wenn man der Ansicht folgt, dass Leukämie oder Anämie dieselbe bedinge (diese fehlten ja), noch durch Einwirkung des Marasmus (der in den meisten Fällen protrahirter Lues besteht ohne Hirnsymptome zu veranlassen). — Der 3. Fall gleicht diesen beiden in auffallender Weise, nur ist leider die Beobachtung in Bezug auf die Gefässverhältnisse unvollkommen. Patient kam mit Drüsenschwellungen und papulösem Ausschlag ins Hospital und begann 3½ Monate später an Kopfweh, bald darauf an Schwäche und endlich Lähmung der linken Körperhälfte zu leiden, der sich Anästhesie der ergriffenen Parthien zugesellte. Starkes Fieber, Stumpfheit, Tod in ca. 5 Monaten. In der rechten Hemisphäre ward die Corticalschicht stellenweise verändert gefunden es bestanden mehrere kleinere rothe und grössere gelbe Flecke, die eine durch die Dicke der Schicht hindurchgehende Consistenzverminderung andeuteten, hieran schloss sich ein grosser Erweichungsheerd des Frontal- und Parietal-lappens. Auf der linken Seite waren die Verhältnisse ähnlich: Scharf begrenzte rothblau injicirte Stellen der Rindenschicht entsprachen saftreicherem, weicheren Parthien, die sich hier in derselben Form und Ausdehnung in die weisse Substanz fortsetzten. Rechtes Corpus striatum fast gänzlich gelbgrau

oder rothgrau erweicht, doch noch schneidbar, im linken eine haselnussgrosse stark geröthete Parthie. In der Lunge einige bronchopneumonische Heerde, Fettdegeneration des Herzens, Narbenbildungen und Zerfall der Epithelien in den Nieren. Die mikroskopische Untersuchung der ergriffenen Hirntheile ergab in allen drei Fällen nur eine sehr starke Capillarinjection, Körnchenzellen und Zellen in Fettmetamorphose.

Es folgen nun zwei Fälle von syphilitischer Hirnerkrankung, in welchen durch die Behandlung eine Heilung bewerkstelligt ward. Der erste Fall repräsentirt mehrere primäre Erkrankungen und eine Roseola, denen endlich ulcerirende Hauttuberkel und 6 Monate später allgemeine geistige Unruhe, Schwindel, Ptosis des linken Auges, Beschränkung der Bewegungen derselben namentlich nach oben und unten, sowie bedeutende Abnahme des Sehvermögens und schwaches Sausen vor dem gleichen Ohr folgten. Schmierkur von $\frac{1}{2}$ dr. ung. täglich sowie $\frac{1}{2}$ dr. Kal. jod. ebenfalls täglich. In 14 Tagen bedeutende Besserung, nach 3 Wochen bestand noch geringer Strabismus diverg. und leichte Ptosis, nach 24 Tagen fast alle Symptome verschwunden, Aussetzen der Einreibungen. In 10 Wochen entlassen. In diesem Fall handelte es sich offenbar um eine intracraniele Affection der betreffenden Augennerven, doch kann das Hirn selbst wohl nur in seinen äusseren Theilen ergriffen worden sein, da die geringen Motilitätsstörungen auf Rechnung des Schwindels zu schieben sind. — Im zweiten Fall hatte Patientin im Anfange des Jahres eine Infection, wahrscheinlich mit Roseola und breiten Condylomen am Anus verbunden, durchgemacht (Hospitalbehandlung), im Mai ein ausgetragenes Kind zur Welt gebracht, das bald darauf starb, im September ein papulöses Syphilid, später recidivirende Geschwüre auf den Tonsillen und im Pharynx. Anderthalb Jahr nach der ersten Infection begann sich einseitiger Temporalschmerz und Schwäche der Sehkraft auf einem Auge einzustellen; diese Symptome schwanden auf lokale Blutentziehungen und Jodkalium, doch blieb Patient anämisch. Kurz nach der Wiederaufnahme: Grosse allgem. Schwäche, Schwindel, Ohrensausen, schwankender Gang, doch im Liegen freie Bewegungen, partielle Ptosis des rechten oberen Augenlides, deutlicher Exophthalmus, geringe Divergenz, Pupille etwas erweitert, Sehkraft und Reaction auf Licht bedeutend herabgesetzt, Doppelbilder. Intelligenz ungestört, aber das Gedächtniss etwas geschwächt. Behandlung: Kräftige Diät, Eisen, 24 gr. Jodkalium pro die. In ca. 4 Wochen bedeutende Besserung, obgleich im Anfange der Exophthalmus und einige andere Erscheinungen sehr zugenommen, der Strabismus blieb am längsten; Dauer der Kur 4 Monate, Entlassung in 5 Monaten. Aus diesem Hergange erhellt ganz besonders die Nothwendigkeit anhaltender antisyphilitischer Behandlung. Die Reihe und der Synchronismus der Symptome deutet auf ein Syphilom an dem vorderen Theil der Basis, in der Nähe des Forum opt. etc., sowie Beteiligung der Hirnrinde.

Jetzt folgt eine Krankengeschichte, in der einige neue Symptome auftreten. Die Patientin hatte wegen makulöser Papeln am Anus eine Hospitalbehandlung durchgemacht, gebar nach $1\frac{1}{2}$ Jahren ein todtes Kind; 3 Jahre später stellten sich Kopfschmerzen und epileptiforme Anfälle ein, letztere anfangs in kleinen, später in grösseren Zwischenräumen, meist aber in Reihen von rasch aufeinander folgenden Zufällen. Zwei Jahre hatte dieser Zustand gewährt und die Zahl der Anfälle sich bereits wieder vermehrt, als oben auf

dem Schädel eine Geschwulst auftrat, die erweichte und zu einem Geschwür mit unterminirten Rändern aufbrach, dessen Boden der Knochen bildete. Kopfschmerzen morgens meist remittirend, Nachts intermittirend. Behandlung: $\frac{1}{2}$ dr. Jodkalium pro die, später etwas mehr. Die Anfälle bestanden in tonischer Anspannung der linken Körperhälfte und gleichzeitigen kurzen Zuckungen der rechten Extremitäten, der Mund war nach rechts verzogen, der Kiefer festgeklemmt, die Augen offen und stier; die Pupillen nach dem Anfall weit. Das nekrotische Geschwür des Schädelns begann schon nach 14 Tagen sich zu reinigen, auch der Kopfschmerz nahm ab und war in ca. 6 Wochen ganz verschwunden. Etwas später ward ein Eiterheerd zwischen der Dura und dem nekrotischen Theil des Daches bemerkt und die betreffende Knochenpartie leicht entfernt; die Dura war undurchsichtig, uneben und mit Eiter bedeckt. In 11 Wochen war die Kopfwunde fast heil, und nach der Operation kein epileptischer Anfall bemerkt. — Hier scheint die Affection der Hirnhäute und Hirnrinde schon mit den ersten epileptiformen Anfällen, also etwa 2 Jahre vor der Behandlung, bestanden zu haben; ihr Sitz muss also dem Leiden der äusseren Umhüllung entsprechend gedacht werden. Dagegen ist die Frage nicht so leicht zu beantworten, wie sehr das Jodkalium zum Verschwinden der Hirnsymptome beigetragen habe und wie viel hiervon auf Beseitigung des Drucks durch Eiter und lose Knochenpartien zu schieben ist. Verfasser betont Lancereaux gegenüber die Identität der epileptischen Erscheinungen auf syphilitischer Basis mit der gewöhnlichen Epilepsie, doch fehlte in diesem Falle die Aura und das Schreien.

Der 7. und letzte Fall ist deshalb bemerkenswerth, weil es sich hier um eine Abwesenheit syphilitischer Antecedentien handelt und die Diagnose nur bei der Obdunction gestellt werden konnte. Ein jetzt 30 Jahre altes Mädchen litt seit drei Jahren in Folge einer „Erkältung“ an Magenschmerzen, Erbrechen, Schmerzen in der Nacken- und Temporalgegend und an Ohrensausen. Das Erbrechen stand in keinem nachweisbaren Zusammenhang mit den Mahlzeiten. Stuhlgänge gelegentlich blutig. Allgemeine Mattigkeit. Bei der Aufnahme ins Hospital wurde ausser den beschriebenen Symptomen Schwere des Kopfes und eine Trübung des Gesichts constatirt, die bei aufrechter Stellung vermehrt ward. Die Länge der Leberdämpfung betrug in der Mamillar- wie Axillarlinie nur zwei Zoll. Auf Ableitung nahm der Nackenschmerz etc. ab, dann wieder zu, wurde aber bedeutend geringer auf Anwendung von Jodkalium. 10 Tage nachdem Patientin auf eigenes Begehrhen das Hospital verlassen hatte, kehrte sie mit Verschlimmerung aller früheren Leiden zurück, ausserdem ward durch die Untersuchung eine Neuritis optica beider Augen nachgewiesen. Sie verfiel nach rascher Abnahme aller Kräfte in einen halssoporösen Zustand und starb am 17. Tage nach ihrer zweiten Aufnahme. Diagnose: Hirntumor. Die Section wies keine Spuren primärer oder sekundärer syphilitischer Affection der Haut- oder Lymphdrüsen nach. Schädel verdickt, Hirnwundungen abgeplattet, Ventrikel durch Serum ausgedehnt, im Uebrigen sowohl Dura als Substanz des Grosshirns selber von normalem Verhalten. Dagegen fand sich der Protuberantia occip. gegenüber die Dura mit der Pia und dem Hirn, sowie dem Schädel in einer Ausdehnung von ca. $1\frac{1}{2}$ Zoll Durchmesser fest verwachsen, mittelst eines reichlichen lockeren Bindegewebes,

an dieser Stelle war sie selbst verdickt und die Oberfläche des Knochens stark injizirt und rauh. Von der Dura erhoben sich hier und da erbsen- bis bohnengrosse, sowohl flache wie erhabene, theils diskrete, theils miteinander verbundene Knollen ab, die mit dem Gewebe der Dura überall in innigem Zusammenhang standen, von fester Consistenz, homogener, durchscheinender, rothgrauer, speckiger Schnittfläche waren und einen mehr oder weniger centralen gelben Kern besassen. In dem Winkel zwischen Falx, Tentorium und Dura parietal. sassen ebenfalls 3 solche Knoten, das oberste Ende des rechten Sinus transv. war hier durch die Geschwulst völlig obliterirt. In keinem der übrigen Körperorgane bestanden wesentliche Veränderungen. Unter dem Mikroskop erschien an der Grenze zwischen Dura und den Tumoren eine grosse Menge von Kernen und kleinen runden, mit einem im Allgemeinen homogenen, ziemlich stark lichtbrechenden Kern versehenen Zellen, welche die Stelle der Bindegewebskörper einnahmen. Weiter in die eigentliche Geschwulst hinein bestanden gewisse Strecken fast nur aus diesen Gebilden, zwischen ihnen tauchte dann und wann eine Zone unveränderten Duragewebes auf. Stellenweise nahmen jene Zellen gar eine mehr langgestreckte Form an und kreuzten sich in vielen Richtungen; so dass nur die gleichzeitig vorhandene deutlich fibriläre Grundsubstanz das Gewebe von dem eines Spindelzellensarkoms unterschied. In manchen Regionen, namentlich in den ange deuteten gelben Flecken waren die Zellen in vorgeschrittener Fettdegeneration begriffen, auch fand sich dort freies Fett vor. An der Grenze des Gesunden und Kranken lagen die Zellen zwischen den Bindegewebsbalken, in den Knoten selbst zwischen den Bindegewebsfibrillen, welche hierdurch in allen Richtungen auseinander gedrängt, das von Wagner als charakteristisch angegebene Bild des Syphiloms abgeben. Nur durch starkes Zerzupfen und Auswaschen von Zellinhalt gelingt es hier und da Alveolen zu schaffen. — Verfasser sieht die Diagnose syphilitischer Knoten für gerechtfertigt an: durch den Gang der Krankheit, den heftigen Kopfschmerz und die übrigen Hirnsymptome, namentlich aber durch den Bau der Knoten selbst. Tuberkulose wird ausgeschlossen durch die Abwesenheit von Tuberkeln in anderen Organen und von Miliartuberkulose innerhalb des Schädels, sowie durch die geringen Abweichungen der Knoten von dem Bau des gesunden Duragewebes und die relativ geringe Fettmetamorphose.

Der Rest der Abhandlung beschäftigt sich mit gemischten Krankheitsfällen und solchen von hereditärer Syphilis.

2. **Zweiter Jahres-Bericht des Landes-Medicinal-Collegiums** über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1868. Dresden 1871.

Wir können nicht umhin, die Leser dieser Zeitschrift auf den zweiten Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1868 (Dresden 1871) aufmerksam zu machen, in welchem sich (S. 103—110) auch ein interessanter Bericht über das Irrenwesen befindet. Wie aus demselben hervorgeht, ist das Königreich Sachsen

daran, den Vorschlägen Griesinger's in der Irrenpflege im Wesentlichen zu folgen. Eine psychiatrische Klinik soll in Leipzig gegründet werden, welche zugleich als Stadtasyl für Leipzig und die nähere Umgegend gelten soll. Wenn man von der Einrichtung anderer städtischer Asyle für acute Störungen noch Abstand nimmt, so geschieht dies aus Rücksicht für die gegenwärtig ohnehin sehr in Anspruch genommenen Communen, welchen auch die bestehenden Gesetze bei ihrer Ablehnung zur Seite stehen würden, besonders aber auch deshalb, weil sich nicht genug mit der Behandlung der Geistesstörungen vertraute Aerzte finden würden, um die Leitung derartiger Asyle zu übernehmen. Dass aber ein Bedürfniss für solche Anstalten vorliegt, dass nicht nur für grosse Städte, wie man wohl gemeint hat, sondern auch für kleinere (mit ihren Landbezirken) die Errichtung besonderer Anstalten oder Hospitalabtheilungen für acute Geistesstörungen eine Nothwendigkeit ist, dass auch hierin Griesinger mit seinem Scharfblick das Richtige getroffen hat, das dürfte wohl aus den folgenden Angaben des Berichtes zur Genüge hervorgehen. Bei den Krankenhausvorständen einer Anzahl grösserer Städte eingezogene Erkundigungen haben das interessante Resultat ergeben, dass jährlich etwa 300 Geisteskranke in städtische Krankenhäuser aufgenommen, (die Heilanstalt Sonnenstein nahm im Jahre 1868: 215 Kranke auf), und von ihnen nur etwa der fünfte Theil an die Landesirrenanstalten abgegeben werden, während die übrigen, nach Abzug der etwa 9—10% betragenden Gestorbenen, an die Familien zurückgegeben oder frei entlassen werden konnten. Die an Säuferwahnssinn Leidenden, die ohnehin nicht in die Irrenanstalten gelangen, betragen nur etwa 60 bis 70 jährlich, also wenig über den fünften Theil aller Aufnahmen, alle übrigen betreffen andere Formen des Irreseins (S. 105). Gleichzeitig ist ein Versuch gemacht worden, die Pflegeanstalt Colditz durch Verbindung einer Ackerbau-Colonie (Zschadras) mit derselben zu entlasten, und es hat dieser Versuch, dessen genauere Details schon anderweit geschildert und daher den Fachgenossen bekannt sind, ganz befriedigende Resultate sowohl für das Behagen der Pfleglinge, als auch für die finanziellen Verhältnisse der Anstalt ergeben. Der Bericht über die allgemeinen Verhältnisse des Irrenwesens schliesst mit den Worten: „Bei der Prüfung der Griesinger'schen Vorschläge über Organisation der staatlichen Irrenfürsorge unter Berücksichtigung der hier in Sachsen bestehenden Verhältnisse, war man daher zu dem Resultate gelangt, dass sie in der Hauptsache nicht nur in allen Beziehungen hier anwendbar seien, sondern auch zu Gunsten der Kranken sowohl, wie des Maasses der an den Staat zu machenden Ansprüche wesentliche Fortschritte in Aussicht stellten. Und es war keine geringe Genugthuung für die Mitglieder des Landes-Medicinal-Collegiums, dass sie durch die Empfehlung des von Griesinger entwickelten Systems bei der Sächsischen Staatsregierung dem hochverehrten, leider der Wissenschaft so früh verstorbenem Manne den Weg zur Verwirklichung seiner Pläne in unserem Lande ebenen konnten.“*) — Diese den Manen Griesinger's dargebrachte Huldigung glaubten wir den Lesern dieses Archivs mittheilen zu müssen.

*) Die Verwirklichung dieser guten Absichten ist, wie mehrfach bekannt, seitdem wieder ganz in's Stocken gerathen und zwar, wie wir vernehmen, nicht aus in der Sache selbst liegenden Gründen.

Bei dem Jahresberichte befindet sich als Anlage ein Bericht über die Anstalt Sonnenstein für das Jahr 1868, erstattet von dem verdienten Director der Anstalt, auf dessen interessante Bemerkungen über die ursächlichen Beziehungen der gegenwärtigen socialen Verhältnisse und des Culturlebens zu den Geistesstörungen und zu den physischen wie psychischen Schwächezuständen, wir hier nur hinweisen können.
